

SOLICITUD CERTIFICADOS

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

NÚMERO DE COLEGIADO:

CERTIFICACIÓN SOLICITADA:

- ☐ BAJA COLEGIAL
- ☐ COLEGIACIÓN ESTANDO AL CORRIENTE DE CUOTAS COLEGIALES
- ☐ EJERCICIO PROFESIONAL EN LA PROVINCIA DE ALICANTE
- ☐ TITULARIDAD / COTITULARIDAD DE OFICINA DE FARMACIA
- ☐ BECA / PRÁCTICAS
- ☐ CURSO
- ☐ DEUDA
- ☐ FACTURACIÓN
- ☐ CUOTAS COLEGIACIÓN (para IRPF...)
- ☐ GOOD STANDING
- ☐ VARIOS:

OBSERVACIONES: _____

Se solicita asimismo que el Certificado, firmado electrónicamente, sea remitido a la dirección de correo electrónico privado que consta en mi ficha colegial.

FIRMA:

En virtud del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite a través del presente formulario serán tratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, calle Jorge Juan 8, 03002 Alicante, con la finalidad de solicitar certificado. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, olvido, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante. Los datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles, tiene derecho a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas que produzcan efectos jurídicos sobre usted o le afecten significativamente de modo similar. Puede acceder a la restante información sobre protección de datos solicitándola a través del correo cofalicante@cofalicante.com